



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson durante la
pandemia de la COVID-19 y sus complicaciones en el
Hospital "Santa María del Socorro" de Ica MINSA
periodo Marzo 2020 – Julio 2022

Presentado por:

PEÑA FLORES, LUIS MARTIN

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **3%** por el cual se otorga el calificativo de:

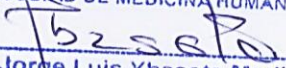
APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **Tesis**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 22 de enero del 2025

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERECTORADO DE INVESTIGACION
Facultad de Medicina Humana
“Daniel Alcides Carrión”



TESIS

Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson durante la
pandemia de la COVID-19 y sus complicaciones en el
Hospital “Santa María del Socorro” de Ica MINSA
periodo Marzo 2020 – Julio 2022

Línea de Investigación

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

Para optar el título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

PEÑA FLORES, LUIS MARTIN

Asesor:

DR. YBASETA MEDINA, JORGE LUIS

Ica – Perú

2024

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi Dios Todopoderoso, ya que el principio de la sabiduría es el temor de Jehová, a mi amada esposa y familia, cuyo amor y apoyo incondicional han sido el pilar fundamental en cada paso de este viaje académico que hemos recorrido juntos de la mano de Dios. A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, y por estar siempre a mi lado, motivándome a alcanzar mis sueños. A mis hermanos, por ser mi fuente de inspiración y por cada momento compartido que me ha dado la fuerza para seguir adelante. Esta investigación es un reflejo de todo lo que he aprendido de ustedes y un agradecimiento por su constante aliento. Sin su amor y apoyo, nada de esto hubiera sido posible. ¡Gracias por ser mi mayor motivación!

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”, especialmente al Vicerrectorado de Investigación y a la Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”, por brindarme la oportunidad de desarrollar esta investigación. Su apoyo académico y logístico ha sido fundamental para alcanzar este importante logro.

Agradezco también a todos mis profesores y compañeros, quienes han sido parte de este recorrido educativo, compartiendo conocimientos y experiencias que enriquecieron mi formación profesional.

Un reconocimiento especial a mi asesor, cuya orientación y dirección fueron cruciales en cada etapa de este trabajo. Su paciencia, dedicación y compromiso me han inspirado a dar lo mejor de mí. Estoy profundamente agradecido por su apoyo y orientación a lo largo de este proceso.

Finalmente, un agradecimiento muy especial a mis amados pastores, que pusieron su confianza plena en mi persona como cristiano y profesional, y fueron los que con sus oraciones, sus ayunos, sus vigiliyas y sus exhortaciones ayudaron de una manera muy importante la culminación de esta etapa muy importante de mi carrera.

Indicé de contenido

Dedicatoria.....	ii
Indicé de contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráfico	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. Introducción.....	1
II. Estrategia metodológica.	21
III. Resultados	23
IV. Discusión	38
V. Conclusiones.	40
VI. Recomendaciones	41
VII. Referencias Bibliográficas.....	42

Índice de tablas

Tabla 1. Tasa de cesáreas según la Clasificación de Robson durante la pandemia de la COVID-19 y sus complicaciones en el Hospital “Santa María del socorro” de Ica MINSA periodo marzo 2020 – julio 2022.	23
Tabla 2. Características Sociodemográficas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)	25
Tabla 3. Características Obstétricas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)	28
Tabla 4. Clasificación de Robson y Tasa de Cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)	32
Tabla 5. Complicaciones de la Cesárea en la Madre	35
Tabla 6. Complicaciones de la Cesárea en el Recién Nacido	37

Índice de gráfico

Gráfico 1. Tasa de cesáreas según la Clasificación de Robson durante la pandemia de la COVID-19 y sus complicaciones en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica MINSA periodo marzo 2020 – julio 2022.	23
Gráfico 2. Características Sociodemográficas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022).....	26
Gráfico 3. Características Obstétricas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022).....	29
Gráfico 4. Clasificación de Robson y Tasa de Cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022).....	33

Resumen

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo general determinar la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson durante la pandemia de COVID-19, en el periodo del 15 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2022, en las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro (MINSA) de Ica.

Metodología: El estudio es de tipo descriptivo con un alcance correlacional y cuantitativo, enfocado en analizar la posible relación entre la infección por SARS-CoV-2 y el tipo de parto en gestantes. Se utilizó un diseño observacional no experimental, lo que significa que no se manipularon las variables, limitándose a estudiar los eventos tal como ocurrieron. La investigación es transversal, ya que la información se obtuvo en un solo momento, y retrospectiva, dado que se recolectaron datos de las historias clínicas durante el periodo establecido.

La población del estudio estuvo constituida por todas las pacientes que fueron atendidas por cesárea en el hospital mencionado durante el periodo de estudio. La técnica de recolección de información se basó en la revisión de historias clínicas, asegurando la confidencialidad y el anonimato de las pacientes. Se diseñó una ficha de recolección de datos adaptada a la realidad del estudio, la cual permite el análisis de las variables planteadas.

Resultados: Los resultados obtenidos indican una tasa de cesáreas del 23.48%, con un total de 393 cesáreas registradas. Las complicaciones observadas en madres incluyen una incidencia significativa de infecciones y un alto porcentaje de nacimientos prematuros en los recién nacidos. La clasificación de Robson reveló que los grupos más frecuentes correspondieron a multíparas y aquellas con antecedentes de cesárea, sugiriendo que estas características influyen notablemente en la decisión de realizar cesáreas.

Conclusión: La investigación ha determinado que la tasa de cesáreas en el Hospital Santa María del Socorro durante la pandemia de COVID-19 fue del 23.48%.

Palabras clave: Tasa de cesáreas, COVID-19, Clasificación de Robson.

Abstract

Objective: The general objective of this research is to determine the rate of cesarean sections according to the Robson classification during the COVID-19 pandemic, in the period from March 15, 2020 to July 31, 2022, in pregnant patients treated at the Santa María del Socorro Hospital (MINSA) in Ica.

Methodology: The study is descriptive with a correlational and quantitative scope, focused on analyzing the possible relationship between SARS-CoV-2 infection and the type of delivery in pregnant women. A non-experimental observational design was used, which means that the variables were not manipulated, limiting itself to studying the events as they occurred. The research is cross-sectional, since the information was obtained at a single time, and retrospective, since data was collected from medical records during the established period.

The study population consisted of all patients who were treated by cesarean section at the aforementioned hospital during the study period. The data collection technique was based on the review of medical records, ensuring the confidentiality and anonymity of the patients. A data collection form was designed adapted to the reality of the study, which allows the analysis of the variables raised.

Results: The results obtained indicate a cesarean section rate of 23.48%, with a total of 393 cesarean sections recorded. The complications observed in mothers include a significant incidence of infections and a high percentage of premature births in newborns. The Robson classification revealed that the most frequent groups corresponded to multiparous women and those with a history of cesarean section, suggesting that these characteristics significantly influence the decision to perform cesarean sections.

Conclusion: The research has determined that the cesarean section rate at the Santa María del Socorro Hospital during the COVID-19 pandemic was 23.48%.

Keywords: Cesarean section rate, COVID-19, Robson classification

I. Introducción

La cesárea es una intervención quirúrgica con el fin de extraer el feto y anexos ovulares a través de una incisión del útero. Las indicaciones para realizarlas son maternas, fetales y ovulares. ⁽¹⁾

La cesárea es condición cuando el parto vaginal implique un riesgo para la gestante o para el feto, como en casos de parto prolongado, sufrimiento fetal o que éste se esté presentando en una posición anormal.

Las cesáreas también pueden causar complicaciones e inclusive la muerte, cuando se tiene que realizar en Centros de Salud, que no cuentan con los requisitos mínimos para una intervención quirúrgica o tratar sus posibles complicaciones. ⁽²⁾

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mencionado que la “tasa ideal” de cesáreas debe estar entre el 10 y 15%. Reportes actuales expresan que cuando el número de cesáreas está en un 10%, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos, pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad. ⁽³⁾

A nivel mundial según reporte del 2019, las tasas de cesáreas superan estas cifras, México 55.0%, Turquía 54.5%, Corea 47.5%, Polonia 39.0%, Hungría 38.3% e Irlanda con 33.8% entre las mayores y en América Latina la República Dominicana con 58%, Brasil 55.5%, Venezuela 52.4%, Chile 46% Colombia 45.9%, Paraguay 45.9% Ecuador 45.5%, y Cuba con 40.4%. ^(4,5)

No existe en la actualidad en la población un conocimiento preciso sobre las consecuencias que se derivan de las altas tasas de cesáreas, en los aspectos de la salud de la madre y del recién nacido,

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que el Perú está dentro de los países con menos cesáreas la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reporta que se ha producido un incremento de cesáreas registradas en el año 2021, llegando al 36.3%, enfatizando que la mayoría de las cesáreas provienen del área urbana con una tasa de 42% en comparación a la rural, la cual es de 19%. ⁽⁶⁾

La infección causada por el coronavirus SARS-CoV-2 en diciembre del 2019 y que condicionara que la Organización Mundial de la Salud declarara el estado de Pandemia en marzo del 2020 ⁽⁷⁾ también condicionó las atenciones de las pacientes gestantes y sus cesáreas.

La COVID-19 es la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 que podía presentarse de forma asintomática, leve, moderada, severa o crítica, esta última con insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o falla orgánica múltiple. ⁽⁸⁾

Inicialmente no se reportaron casos de COVID-19 en mujeres gestantes, o pasaron inadvertidos para posteriormente describirse sus caracteres y su transmisión al feto por la vía vertical. ⁽⁹⁾ El hospital Santa María del Socorro del MINSA, fue designado para la atención especializada materno-perinatal, estableciéndose la prueba de tamizaje con la prueba rápida para COVID-19, a todas las pacientes que se hospitalizaban, bajo trabajo de parto o alguna complicación obstétrica, por lo que se fue aumentando el número de atenciones que acudían al servicio de emergencia, incrementándose el número de partos, entre los partos vaginales y las cesáreas, que usualmente se atendían.

Las características de la pandemia por el coronavirus, no motiva a realizar un estudio sobre los cambios que se fueron produciendo como causales de partos por cesáreas y sus variaciones de frecuencias, y es nuestro objetivo realizar un análisis descriptivo, transversal y retrospectivo y determinar posibles diferencias de los partos por cesárea durante la pandemia de COVID19. Es nuestro interés conocer la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson realizadas, durante la pandemia por el SARS-COV-2 periodo 16 de marzo 2020 al 28 de octubre 2022 en el hospital “Santa María del Socorro de Ica MINSA, con el objetivo de determinar si se realizaron cesáreas por necesidades y condiciones médicas o por otros factores que originaron incremento de este procedimiento.

1.1. Planteamiento del problema.

El parto por cesárea es considerado como una cirugía de emergencia, se reporta que, en muchos países del mundo, el parto por cesárea representa el 33.1% del total de las cirugías realizadas en los servicios de emergencia. ⁽¹⁰⁾

Las tasas de partos por cesárea se han incrementado en la mayoría de los países del mundo, desde un 6.7% que había en el año 2010, hasta promedios que alcanzan un 50% en varios países del mundo. ⁽⁴⁾

Según el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2021, el Perú tenía una de 36.3% de partos por cesárea, el cual podría ser mayor al no conocerse con exactitud, las realizadas en atenciones privada. ⁽⁵⁾

La mayoría de las pacientes gestantes con COVID-19 no presentaron sintomatología de la enfermedad, y las complicaciones más frecuentes a presentarse fueron la ruptura prematura de membranas con 14.5%, seguido de la preeclampsia con el 4.8% y aborto con el 3.4%, igual porcentaje para la amenaza de parto pre-término, la infección del tracto urinario y el trabajo de parto disfuncional. ⁽⁹⁾

En hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) primaron las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la prioridad del parto vaginal, aun en pacientes con COVID-19, dejando la práctica de las cesáreas para cuando el parto vaginal no lo solucionara. La toma de decisión de interrupción de un embarazo, así como la atención de un parto de emergencia abarca la evaluación de variados factores como son la edad de la gestante, el tiempo de gestación, las condiciones de gravedad de la gestante y la viabilidad del feto. ⁽¹¹⁾

No existen condiciones ni situaciones que establezcan la mejor o más saludable forma de nacimiento, por lo que este estará condicionado siempre a las condiciones obstétricas de salud materno-fetal y en algunos casos a la elección de la madre.

La condición de presentar infección por COVID-19, no constituyó una causa para la realización de una cesárea, solo en casos que la afección respiratoria de la gestante exija un parto urgente. ⁽¹²⁾

Consideramos conveniente y necesario un estudio de atención a las tasas de partos por cesárea, que se produjeron en el hospital Santa María del Socorro, de la Región Ica, en la época de la pandemia en que se generaron cambios en varios aspectos de la vida, que afectaron y comprometieron las atenciones médicas y los procedimientos quirúrgicos.

1.1.1. Antecedentes de la Investigación.

1.1.1.1. Antecedentes Internacionales.

1) Linard M., Deneux C., Luton D et al. ⁽¹³⁾ (2019) Publicaron una investigación Differential rates of cesarean delivery by maternal geographical origin: a cohort study in France, para conocer las tasas de Cesáreas entre Francia y África Subsahariana (ASS) mediante un estudio prospectivo de 2,206 pacientes de Francia y 1,550 del África (ASS), según clasificación de Robson. Resultados: Las mujeres de África (ASS) tuvieron una tasa de cesáreas de 37% y las de Francia 17%, la mayoría en la clasificación 5.1 de Robson. Conclusión La diferencia entre las tasas de cesáreas entre África (ASS) y las francesas no se explican por el mayor riesgo de factores obstétricos, siendo en ambos grupos de categoría 5 de Robson. (p. 9)

2) Cuñarro López Y. ⁽¹⁴⁾ (2021) Publicó un estudio sobre Influencia de la infección por SARS-CoV-2 en la mortalidad y morbilidad materno-perinatal, en 81 hospitales de España en 1,347 pacientes obstétricas con infección activa por SARS-CoV-2 con igual número de pacientes negativas de control, se encontró una mayor morbilidad materna y perinatal, mortalidad perinatal, cesáreas, morbilidad materna hipertensiva. Otra revisión de 1,295 pacientes obstétricas con infección activa por SARSCoV-2 de 78 hospitales, 65.3% de la primera ola y 34.7% de la segunda ola, las primeras presentaron mayor sintomatología, de forma más precoz y con mayor morbilidad materna asociada a la COVID-19, en cesáreas y partos pretérmino. (p. 155)

3) Segura B, León T., Ramos V. et al. ⁽¹⁵⁾ (2020) Publicaron el estudio, Caracterización clínica de las pacientes obstétricas con sospecha de la COVID-19, del hospital "Dr. Luís Díaz Soto". La Habana, Cuba, incluyó un diseño retrospectivo, descriptivo y transversal en 60 pacientes, de las cuales 6 (10%) fueron positivas para COVID-19. Resultados: Las pacientes positivas mostraron una edad promedio de 25 años y un 50% fueron asintomáticas. Entre las pacientes positivas, el 6.6% estaba en el primer trimestre del embarazo, mientras que en las negativas fue 25.9%. Las comorbilidades estuvieron presentes en el 16.6% de las positivas frente al 38.8% de las negativas. Conclusión: Las diferencias en la distribución de comorbilidades y etapas del embarazo entre positivas y negativas pueden influir en la selección de los procedimientos obstétricos y la evolución perinatal. (p. 6)

4) Barbero P., Mugierza L· García Burguillo A. et al. ⁽¹⁶⁾ (2020) Publicaron una investigación de SARS-CoV-2 in pregnancy: characteristics and outcomes of hospitalized and non-hospitalized women due to COVID-19. Mediante un estudio de corte

retrospectivo observacional de pacientes gestantes o puérperas. Resultados: 40 pacientes presentaron neumonía de las cuales se hospitalizaron 19 (47.3%) además fueron factores de riesgo el sobrepeso y la raza latina. En el grupo de gestantes que presentaron infección de COVID-19 los niveles de parto prematuro y cesáreas fueron 34.8% y 52.2%. La frecuencia de cesáreas fue superior en las gestantes con infección frente a las no infectadas. Conclusión: Hubo asociación de prematuridad con una alta tasa de cesáreas, y no se encontró evidencia de transmisión vertical. (p. 7)

5) Martínez O., Encinas M., Perez N et al. ⁽¹⁷⁾ (2021) Publicaron una Investigación de The association between SARS-CoV-2 infection and preterm delivery: a prospective study with a multivariable analysis, para determinar si el SARS-CoV-2 y el embarazo, se encuentra asociada con morbilidad obstétrica. Con un estudio donde participaron 45 hospitales de España con 1,009 gestantes, de las cuales 246 eran positivas para SARS-CoV-2 confirmadas por RT-PCR. Resultados: Las gestantes infectadas presentaron una mayor frecuencia de clasificación Robson 5 y 10, asociadas con complicaciones obstétricas como ruptura prematura de membranas e ingresos neonatales en unidades de cuidados intensivos. Conclusión: La infección por SARS-CoV-2 incrementó la prevalencia de clasificaciones de alto riesgo en el sistema Robson, destacando la necesidad de un manejo obstétrico diferenciado (p. 72).

1.1.1.2.- Antecedentes Nacionales.

1) Vera E., Montenegro L, Crúzate V. et al. ⁽¹⁸⁾ (2020) Publicaron la investigación, Gestación en tiempos de pandemia COVID-19, Hospital Madre Niño San Bartolomé, Lima, sobre los efectos maternos perinatales del COVID-19, con un estudio descriptivo-transversal, de 345 gestantes quienes tuvieron la prueba rápida inmuno-cromatografía. Resultados Edad promedio 27 años (10% adolescente y 16% mayores de 35 años), 60% multíparas y el 98.2% asintomáticas; los partos por cesárea alcanzaron el 38% y en 15 de ellos en pre-termino. El 61% de los recién nacidos pesó de 2,500 y 3, 500 g, y 53% fue sexo masculino, se produjo un 3% de muertes. Conclusión: La mayoría de las gestantes fue asintomática y solo 0,2% tuvo complicaciones respiratorias, el motivo de cesárea fue por indicación obstétrica. (p. 5)

2) Huatuco J., Paredes F. Quispe M et al. ⁽¹⁹⁾ (2020) Publicaron un estudio sobre las Características maternas y resultados perinatales en mujeres peruanas infectadas con COVID-19, hospital regional de Trujillo, con 703 infectadas, en un estudio descriptivo, observacional y transversal, Resultados: el 95% fueron asintomáticas, leves un 3%, moderado y severo 1% cada uno. Las complicaciones médicas fueron: sepsis (2.28%),

Neumonía (2.13%), insuficiencia respiratoria (2.13%) y shock séptico (1.14%). Las complicaciones obstétricas: rotura prematura de membranas (6.7%), preeclampsia severa (5.4%), síndrome abortivo (3.3%) y trabajo de parto pretérmino (2.6%). El 73.9% de partos fue por cesárea. (p. 346)

3) Muñoz R., Del Castillo K., Coronado R et al. ⁽²⁰⁾ (2020) Publicaron una investigación sobre SARS-CoV-2 en la segunda mitad del embarazo, resultados materno – perinatales, con un estudio retrospectivo descriptivo en el hospital Edgardo Rebagliati Martins, con 247 pacientes con pruebas positivas RT-PCR o con prueba rápida. Resultados: La mayoría de pacientes fue asintomática 83% y presentaron neumonía severa 3.2%; la tasa de cesáreas fue 60% en general y en los casos severos de COVID-19 fue 100%. No se presentaron muertes maternas, pero hubo 9 óbitos fetales y 5 casos de neonatos positivos para SARS-CoV-2. Conclusión: El parto prematuro fue mayor en los casos severos y no se identificaron complicaciones perinatales relacionadas al COVID-19. (p. 5)

4) Reyes Rivera E. ⁽²¹⁾ (2022) Publicó una investigación sobre la Infección por la COVID-19 como factor asociado a parto pretérmino en gestantes del hospital San José del Callao, Junio 2020-junio 2021, con un estudio analítico, observacional retrospectivo y de corte transversal, en una muestra de 1,850 gestantes. Resultados: Las pacientes positivas adultas eran 565 (74.4%) adolescentes 105 (13.8%) y añosas 89 (11.7%), el 295 de casos (38.9%) eran multigestas, en 224 casos (29.5%) primigestas y 28 (3.7%) segundigestas; 517 casos (68.1%) tuvieron atención pre-natal adecuada; el parto fue vaginal en 447 casos (58.9%) y en 312 de casos (31.1%) fueron cesareadas y no se encontró asociación significativa entre la COVID-19 y el parto pretérmino ($p= 0.173$). Conclusión: La infección por la COVID-19 no fue un factor asociado estadísticamente significativo al parto pretérmino. (p. 18)

5) Estrada L., Orostegui M., Burgos M. et al. ⁽²²⁾ (2022) Publicaron un estudio sobre Características clínicas y resultados materno perinatal en mujeres con diagnóstico confirmado por COVID-19 en un hospital de EsSalud del Perú para determinar sus complicaciones, estudio de corte retrospectivo descriptivo incluyó a 322 mujeres, con el objetivo de analizar las complicaciones maternas y perinatales. Resultados: El 95% presentó síntomas leves o asintomáticos, predominando fiebre (85%), tos (52%) y cefalea (18%). En el contexto de la pandemia, se observó un aumento en la clasificación Robson 5 y 10, relacionada con embarazos previos complicados y factores obstétricos. Conclusión: En el periodo de gestación, la infección por SARS-CoV-2 resultó ser asintomática o leve; en las gestantes con infección moderada y severa se presentaron mayormente complicaciones maternas y perinatales. (p. 36)

6) Cárdenas A. ⁽²³⁾ (2021) Publicó una investigación sobre Parto por cesárea antes y durante la pandemia COVID-19 en el hospital de Chancay-Perú, 2019-2020, para determinar las frecuencias en estos dos periodos, que abarcaron 2,768 gestantes. Resultados: La frecuencia de partos por cesárea fue de 26.4%, de ellas un 10% en madres adolescentes, el 8,2 % de las cesáreas fueron realizadas en gestaciones pretérmino y un 13% en postérmino, los grupos de Robson más frecuentes fueron el 1, 5 y 3 que abarcaron más del 50% de las cesáreas del periodo de la COVID-19. Se realizó una prueba T para establecer las diferencias en los dos periodos, obteniéndose un ($p > 0'05$) que establece diferencia significativa entre los meses de pandemia y de no pandemia. Conclusión: Existió diferencias significativas entre las frecuencias de parto por cesárea antes de la pandemia y durante la pandemia. (p. 33)

7) Zumalave I. et al. ⁽²⁴⁾ (2020) Publicaron una investigación de las Características de la infección en gestantes y puérperas por SARS-COV-2, en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, Perú, Mediante un estudio descriptivo transversal, en el periodo del 1° de Mayo al 31 de julio 2020, en paciente diagnosticadas mediante la prueba rápida serológica o la prueba RT-PCR, que comprendió 308 gestantes y 9 puérperas. Resultados: El 95% fueron asintomáticas, 2% con enfermedad leve, 1% moderada y menos del 1% severa El 69% de los partos fue por vía vaginal y el 31% (18) por cesárea y se produjo una muerte materna. Conclusión: El comportamiento de la infección por SARS-CoV-2 en las gestantes no difiere mayormente de lo encontrado para la población general. (p. 5)

8) Ramos A. ⁽²⁵⁾ (2018) Publicó una investigación sobre Incidencia e indicaciones de cesáreas en el hospital César Garayar García de Iquitos de julio a diciembre 2018, la cual fue descriptiva, no experimental, retrospectiva y de corte transversal. De una población de 626 partos por cesárea, se tomó la muestra de 232 casos. Resultados: La incidencia de partos por cesárea fue del 37.21%. y se realizó por emergencia en un 45.6% Las gestantes tenían de 20 a 35 años de edad en un 70.7%, 74.1% nivel secundario, 54.8% procedentes de zona urbana y 81.2% de estado civil conviviente. La mayoría de las mujeres cesareadas eran multigestas con embarazo a término. Las causales de cesáreas fueron: cesárea anterior, sufrimiento fetal, feto en posición anormal, hipertensión arterial materna, ruptura prematura de membranas, placenta previa y desprendimiento prematura de placenta. Conclusión: Incidencia de cesárea en el Hospital de Iquitos fue del 37.21%. (p. 51)

9) Bruna Huamán L. ⁽²⁷⁾ (2020) Publicó una investigación sobre Tipo de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Carlos Monge Medrano de Piura, con estudio retrospectivo y transversal de 318 casos (74.0%) de cesáreas del total de partos, en edad promedio 27.7 años; el 44.7% eran nulíparas, y el 29.6% con cesárea anterior; el

87.1% de emergencia y el 34.3% programadas. Según la clasificación del grupo 1 fueron (21.1%) grupo 10 (21.1% y grupo 5 (19.5%) Conclusiones: La tasa de cesáreas fue elevada 74.0% y mayor en los grupos 1, 10 y 5. (p. 18)

10) Saldaña G y Inderique J. ⁽²⁸⁾ (2023) Publicaron una investigación de la Situación de porcentaje de cesáreas basado en clasificación de Robson en el Hospital Cayetano Heredia. Utilizando un método descriptivo sobre los datos del hospital del año 2021 y procesados en STATA 17. Resultados: Se obtuvo 3 981 participantes en donde la tasa de cesáreas global fue de 56.24%. El grupo de Robson predominante fue el 5 con un 36.71% del total, seguido del grupo 2 con un 22.24% y el grupo 10 con 12.42%. Conclusiones: La tasa de cesáreas en nuestro hospital supera lo establecido por la OMS. (p. 18)

1.1.1.3. Antecedentes Locales.

1) Astocaza M. ⁽²⁶⁾ (2020) Publicó una investigación sobre Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019. Con un estudio retrospectivo y descriptivo, en una población de 1080 partos, de donde se obtuvo una muestra de 284 casos, para la recolección de datos. Resultados: La tasa de cesárea fue de 45.8%. Los criterios de Robson con mayor tasa de cesárea fueron los 5 seguido del 1 y algo más alejados los 2, 3 y 8 Conclusiones: La tasa de cesáreas en el Hospital Regional de enero a octubre del 2019 es de 45.8% que supera los parámetros de la OMS (15%). (p. 38)

1.1.2. Bases teóricas.

1.1.2.1. Historia de la Cesárea:

Una leyenda reporta que Julio César nació por cesárea (según Plinio El Viejo) por lo cual el procedimiento se denominó Cesárea, debido al útero escindido de su madre, dicho “Caesus” que quiere decir “cortado”. Otra explicación es que el nombre proviene de una Ley Romana creada en el siglo VIII a. c. por Numa Pompilio, que ordenaba la ejecución de este procedimiento en gestantes que fallecían en las últimas semanas del embarazo para lograr sacar vivo al feto, también se menciona que la palabra Cesárea proviene del verbo latino “caedere” que significa cortar.

La primera operación cesárea que se realizó fue en Suiza el año 1,500, en la que sobrevivieron madre e hijo, esta operación fue realizada por Jacob Nufer conocido como un castrador de cerdos, el cual realizó este procedimiento a su esposa. ⁽²⁹⁾ En el año 1751 se establece que la cesárea solo debe realizarse en mujeres cuyo parto vaginal fuera imposible con la finalidad de salvar la vida de la madre y el feto. En el año 1882 Max Sanger reportó el uso de la sutura uterina como se realiza hoy en día llamando así a la operación como “Cesárea Clásica”. ⁽³⁰⁾

La primera cesárea se realizó en Inglaterra el año 1793 con buenos resultados, posteriormente en Estados Unidos y otros países de Europa. En 1820 se ejecuta la primera cesárea en Latinoamérica, pero sin éxito al fallecer la paciente.

Para el desarrollo de la operación cesárea fue necesario encontrar las soluciones a dos problemas: uno de ellos era el alivio del dolor durante las intervenciones quirúrgicas y el otro la prevención y tratamiento de las infecciones

Los progresos en este tipo de intervenciones fueron realizándose por la incorporación del Cloroformo en la Obstetricia por James Young Semmelweis; luego por Luis Pasteur al diagnosticar la Fiebre puerperal causada por bacterias y Robert Koch y Joseph Lester quienes introdujeron el tratamiento con antibióticos en las intervenciones quirúrgicas.

En 1882 se introdujeron las suturas con hilos de seda y de plata en los cortes del útero por cesáreas, por los médicos Adolf Kehrer y Max Singer.

En 1921 J. Munro-Kerr introduce la incisión transversal del útero en reemplazo de la incisión longitudinal y es la que se realiza hasta la actualidad como la más conveniente. ⁽³¹⁾

1.1.2.2. Definición de Cesárea

La operación Cesárea se define como la intervención quirúrgica, que tiene por objeto, extraer al producto de la concepción (feto) vivo o muerto a través de la pared abdominal mediante una laparotomía e incisión de la pared uterina (histerotomía). ⁽³²⁾

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las distintas organizaciones de salud de la mujer y el niño, establecieron que una frecuencia adecuada e ideal del número de Cesáreas debía oscilar entre el 10 y 15%. Reportes actuales expresan que cuando el número de cesáreas está en un 10%, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos, pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad, por lo cual, el valor óptimo de la tasa de cesáreas continúa siendo controversial, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados.

En la actualidad en la mayoría de los países del mundo la tasa de cesáreas supera el 15%, así se reporta que en América alcanza un 38.9% como promedio en los 25 países que la conforman, cifra que podría ser mayor porque según las estadísticas no se incluyen las cesáreas practicadas en los servicios de Clínicas privadas, en tal forma que lo establecido como una solución se haya convertido en un problema. ⁽³²⁾

1.1.2.3. Evolución de las tasas cesáreas:

La tasa de cesáreas se ha reportado como un índice de buena práctica en el aspecto médico-gestacional, relacionándolo una frecuencia dentro de límites recomendados, con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. Se conoce que las situaciones clínicas que derivan en una indicación de cesárea se producen en general en todas las pacientes atendidas en cualquier hospital, por lo que las tasas de cesáreas son más consecuencias de las atenciones clínicas de las complicaciones del parto.

El promedio general de la tasa estimada de cesáreas en el mundo ha sido de un 15%. En Asia a pesar de tener un promedio de 15.9%, sin embargo, tiene países con las más altas tasas de cesáreas como son China (40,5%), Hong Kong (27,4%) y Líbano (23,3%), y otros países como son Camboya y Nepal con promedios inferiores a 1.0%; en Europa con una tasa promedio de 19.0%, tiene países como Italia y Portugal con 36.0% y 30.2% respectivamente; en África el promedio es de 3.5% siendo los países con mayores tasas Sudáfrica (15,4%), Egipto (11,4%) y Túnez (8,0%)

En América Latina y el Caribe las tasas fueron altas con un promedio de 29.2%, siendo los países con mayores tasas México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) y Chile (30,7%) y los de menores tasas Haití (1,7%) y Honduras (7,9%)

El estudio de las tasas de cesáreas nos indica que están determinadas por factores socioeconómicos que se incrementan en los estratos de mayores ingresos económicos. ⁽³³⁾

1.1.2.4. Clasificación de las Cesáreas ⁽³⁴⁾

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- Primaria: En paciente que se realiza por vez primera.
- Previa: En paciente que se le realizó una cesárea anterior.
- Iterativa: En paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

Según indicación médica:

- Urgente: En paciente en etapa crítica, para atender o prevenir una complicación
- materna o fetal
- Electiva: En paciente que se programa la fecha y antes que se inicie el trabajo de
- parto
- En curso de parto: En paciente en el curso del parto por distocia: desproporción
- pélvica fetal, distocia de dilatación o parto estacionario.

Según técnica quirúrgica:

- Corporal o clásica: Cuando la incisión se realiza a nivel del cuerpo uterino, se indica cuando hay adherencias por una operación anterior, en casos de feto transverso y placenta previa de inserción anterior.

Segmentaria o transversal

- Segmento corporal: Cuando se realiza una incisión baja longitudinal que abarca el segmento y parte del cuerpo uterino
- Segmento arciforme: Cuando se realiza incisión transversal del segmento inferior; produce menos hemorragia, y permite una fácil apertura y cierre de la pared uterina, y la formación de una cicatriz uterina resistente.
- Según técnica quirúrgica Extrapéritoneal. Cuando se realiza una incisión en el segmento inferior del útero a través del espacio para-vesical

1.1.2.5. Indicaciones de la operación cesárea:

En la actualidad las indicaciones de las intervenciones por cesáreas se han visto incrementadas para justificar su realización, lo que ha condicionado su nueva clasificación, teniendo en consideración factores maternos, fetales y mixtos, lo que se establece en las Normas y Procedimientos en la Obstetricia en 1986. ⁽³⁵⁾

Sus indicaciones pueden ser absolutas y/o relativas.

a) Absolutas. Cuando no existe contraindicaciones para su ejecución

b) Relativas. Cuando presenta alguna objeción para su realización, incluyendo infecciones virales de transmisión vertical

Las indicaciones para la realización de una operación cesárea se categorizan atendiendo a sus causas fundamentales (primarias), las cuales están divididas en tres secciones: causas maternas, causas fetales y causas ovulares, las cuales, a su vez, pueden ser consideradas con criterio de absolutas o relativas, de esta manera esperando que los médicos se apeguen a ellas y así evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios.

A continuación, describiremos las indicaciones Absolutas y Relativas.

- a) **Absolutas:** Las que presentan complicaciones propias de la gestación y que las condiciones médicas evidencian que el parto por vía vaginal no es posible o alto riesgo de muerte para la madre o el feto.

- b) Relativas:** Las que presentan condiciones inadecuadas para la atención como de recursos humanos, infraestructura adecuada, apoyo de otros servicios que aseguren un pronóstico de éxito para el binomio madre-niño

A continuación, mencionaremos las causas Maternas, Fetales y Ovulares relacionadas a las indicaciones Absolutas y Relativas:

a) Maternas - Absolutas:

- Desproporción cefalopélvica.
- Estrechez pélvica.
- Dos (2) o más cesáreas previas.
- Cesárea corporal única.
- Cirugía previa sobre el cuerpo uterino.
- Miomectomías que invaden a la cavidad uterina.
- Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección).
- Herpes genital activo.
- Aneurismas o malformación arterio-venosa cerebral.

b) Maternas - Relativas:

- Preeclampsia-eclampsia.
- Una (1) cesárea segmentaria previa.
- Periodo expulsivo prolongado
- Cérnix inmaduro que no tuvo proceso de maduración
- Embarazo Prolongado sin inicio de trabajo de parto
- Dilatación Estacionaria

c) Fetales - Absolutas:

- Feto en Situación Transversa.
- Feto en variedad de Frente.

- Embarazo múltiple más de 2.
- Gemelar monoamniótico monocorial.
- Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica.
- Peso fetal entre 1000 y 1500 gr.
- Sufrimiento fetal agudo en la primera parte del parto.
- Distocias de posición persistentes
- Macrosomía Fetal.

d) Fetales - Relativas:

- Feto en presentación Podálica.
- Anomalías congénitas: hidrocefalia
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Bienestar fetal antes del parto comprometido ante las contracciones uterinas.
- Peso fetal menor a 1000 gr.
- Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.)

e) Ovulares - Absolutas:

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Placenta previa oclusiva total.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Oligohidramnios severo.

f) Ovulares - Relativas:

- Placenta Previa oclusiva parcial.
- RPM con infección (Corioamnionitis).
- Poli-hidramnios Severo.

1.1.2.6. Complicaciones derivadas de una Cesárea:

Cuando se realiza una cesárea, se deben compensar sus riesgos y sus beneficios. Entre ellos se incluyen los beneficios y riesgos adicionales de someterse a una cesárea o a un parto vaginal.

El riesgo estimado que una mujer muera luego de una cesárea es menor a 1 de cada 2.500 partos, mientras el riesgo de muerte luego de un parto vaginal es menor a 1 de cada 10.000 partos. A continuación, mencionaremos los riesgos existentes:

a) Riesgos para el Recién nacido

- Nacimiento prematuro
- Problemas respiratorios
- Cuentas de Apgar bajas
- Daño fetal

b) Riesgos para la Madre

- Infecciones
- Gran pérdida de sangre
- Complicaciones respiratorias
- Estadía prolongada en el hospital y período de recuperación más largo
- Reacciones derivadas de la anestesia
- Riesgo de tener que someterse a cirugías adicionales
- Desarrollo de coágulos sanguíneos en piernas, órganos en la zona pélvica, o pulmones.
- Posibles lesiones en los intestinos o en la vejiga.
- Gran pérdida de sangre.
- Disminución del funcionamiento de los intestinos.
- Complicaciones respiratorias.

1.1.2.7. Clasificación de Robson ⁽³⁷⁾ (Clasificación de los diez grupos):

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2011 estableció el Sistema de Clasificación de las Cesáreas, en un estrato de 10 grupos denominado “sistema de clasificación de diez grupos” TGCS (por sus siglas en inglés) también llamada “**Clasificación de Robson**” ⁽³⁷⁾

Esta clasificación permite establecer grupos bien definidos de mujeres que ingresan a una cesárea por causas justificadas dentro de que grupo corresponden.

1.1.2.8. Los 10 grupos de la clasificación de Robson: ⁽³⁷⁾

GRUPOS	Características del parto para su clasificación según Robson
1	“Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo”
2	“Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica de ≥ 37 semanas de gestación y en las que se ha inducido el parto o se ha realizado un parto programado antes del trabajo de parto”
2 a	“Parto inducido”
2 b	“Cesárea programada previa al trabajo de parto”
3	“Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo”
4	“Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica de ≥ 37 semanas de gestación, en las que se ha inducido el parto o se ha realizado un parto programado antes del trabajo de parto”
4 a	“Parto inducido”
4 b	“Cesárea programada previa al trabajo de parto”
5	“Todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica de ≥ 37 semanas de gestación”
5 a	“Con una cesárea previa”
5 b	“Con dos o más cesáreas previas”
6	“Todas las mujeres nulíparas con embarazo único con presentación de nalgas”
7	“Todas las mujeres multíparas con embarazo único con presentación de nalgas incluso las que han tenido una o varias cesáreas”
8	“Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluso las que han tenido una o varias cesáreas”
9	“Todas las mujeres con un embarazo único, con una situación de transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas”
10	“Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica de ≤ 37 semanas de gestación, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas”

1.1.3. Descripción de la situación Problemática.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), anunció el primer caso de la COVID-19 en diciembre del 2019, en Wuhan-China; y la declaró una emergencia de la Salud Pública; y posteriormente fue declarada una pandemia mundial. ⁽³⁹⁾

La Organización Panamericana de Salud (OPS), informó el 14 de abril del 2021 que se habían producido 136'115,434 casos de enfermedad y 2'936,916 defunciones a nivel mundial; y en la Región de América 58'571,081 casos de enfermedad y 1'419,170 defunciones. ⁽⁴⁰⁾

En los Estados Unidos el Centro de Control y Prevención de Enfermedades reportó que hasta abril del 2021 se había encontrado 87,818 gestantes positivas para la COVID-19 y 97 muertes maternas, 393 ingresaron a UCI, 87 necesitaron ventilación asistida y 18 oxigenación. ⁽⁴¹⁾

La OPS notificó el primer caso en el Perú el 06 de marzo del 2020. Se reportaron además 46,524 casos de gestantes positivas y 114 muertes maternas a nivel nacional. ⁽⁴²⁾

Los síntomas de COVID-19 en gestantes fueron semejantes al de la población general; siendo, la neumonía una complicación de mayor severidad y que produjeron más mortalidad materna, y mayor ingreso a UCI, parto prematuro y cesáreas. ⁽⁴³⁾ Lamber et al. ⁽⁴⁴⁾ realizaron un estudio encontrando un incremento de partos prematuros en gestantes con la COVID-19, y López-Rodríguez L. et al. ⁽⁴⁵⁾, reportaron un aumento de riesgo de partos pretérmino en las gestantes con infección por COVID-19. En Perú, Acosta G. et al. ⁽⁴⁶⁾ en el 2020, en una investigación en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, concluyeron que hubo un incremento de partos pretérmino en las gestantes con infecciones severas de la COVID-19.

El Hospital Santa María del Socorro atendió a las gestantes con posibilidad de infección de la COVID-19 y que ocasionó un incremento de las Cesáreas y diversas formas de complicaciones, estimamos que la realización de nuestro estudio de Tasa de Cesáreas según la clasificación de Robson durante la pandemia de la COVID-19 y sus complicaciones de pacientes atendidas en el hospital en el periodo de marzo 2020 a julio 2022 se justifica. La investigación aportará al conocimiento en el campo de la Obstetricia, especialmente entre el parto por cesárea y la COVID-19; de tal manera que contribuirá en complementar la evidencia científica en nuestro medio regional en relación a ambas variables de estudio.

1.1.4.- Formulación del Problema.

1.1.4.1.- Problema general.

¿Cuál fue la Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson durante la pandemia de la COVID-19 periodo 15 de marzo del 2020 al 31 de julio del 2022 en las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro (MINSA) de Ica?

1.1.4.2.- Problemas específicos.

- 1.- ¿Cuáles fueron las características sociodemográficas de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)?
2. ¿Cuáles fueron las características obstétricas de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)?
3. ¿Cuál fue la clasificación de Robson y la tasa de cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)?
- 4.- ¿Cuáles fueron las complicaciones de la cesárea en las madres atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)?
5. ¿Cuáles fueron las complicaciones de la cesárea en el Recién Nacido atendidos en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)?

1.1.5. Justificación e Importancia de la Investigación.

El presente estudio se justifica porque permitió analizar los cambios en los partos por cesárea durante la pandemia de la COVID-19, considerando no solo su frecuencia, sino también las indicaciones que llevaron a su realización y las posibles complicaciones asociadas. La pandemia generó desafíos significativos en la atención médica, impactando en las decisiones obstétricas, incluyendo la selección de las cesáreas como método de parto en contextos de alto riesgo.

La importancia de esta investigación radicó en que la cesárea, aunque es un procedimiento obstétrico seguro en la mayoría de los casos, implica factores favorables y riesgos potenciales, los cuales pudieron haberse intensificado debido a las condiciones impuestas por la pandemia. Evaluar estas circunstancias permitirá identificar si las tasas actuales de cesáreas están justificadas y cuáles fueron las principales causas que motivaron su realización durante este periodo excepcional.

Además, el estudio consideró los efectos de la pandemia en la atención obstétrica y quirúrgica, especialmente en lo que respecta a las decisiones médicas influenciadas por la presencia del

SARS-CoV-2, como el manejo de pacientes positivas o sospechosas de COVID-19, los protocolos adoptados para reducir la exposición y el impacto de estos cambios en los resultados maternos y neonatales.

Por último, este estudio observacional y descriptivo buscó determinar las variaciones en las tasas de cesáreas durante la pandemia, considerando tanto las clasificaciones de Robson como la influencia de los protocolos implementados en el contexto de la COVID-19. Este análisis contribuyó evaluar la adecuación de las decisiones médicas tomadas en este periodo y servirá como base para optimizar la atención obstétrica en situaciones similares futuras.

1.2.- Objetivos.

1.2.1. Objetivo General.

Determinar la Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson durante la pandemia de la COVID-19 periodo 15 de marzo del 2020 al 31 de julio del 2022 en las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro (MINSA) de Ica.

1.2.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022).
2. Identificar las características obstétricas de las pacientes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)
3. Establecer la clasificación de Robson y tasa de cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)
- 4.- Identificar las complicaciones de la cesárea en las madres atendidas Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)
5. Identificar las complicaciones de la cesárea en el Recién Nacido atendidos en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)

1.3. Hipótesis y variables de la Investigación.

1.3.1.- Hipótesis general

Se prescindió de las hipótesis, ya que éstas respondieron a problemas y objetivos totalmente descriptivos, que no buscan otorgar un valor de verdad, sino determinar una frecuencia.

1.3.2. Variables.

1.3.3.1.- Variables Independientes

- Gestantes atendidas durante la Pandemia de la COVID-19.

1.3.3.2.- Variable Dependiente

- Tasa de Cesáreas según la Clasificación de Robson.

1.3.3.3.- Variables Intervinientes

- Edad.
- Número de gestación.
- Número de partos.
- Edad gestacional.
- Número de cesáreas.
- Complicaciones maternas.
- Complicaciones fetales

1.4. Matriz de Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	VARIABLE	MEDICION	ESCALA	INDICADOR	CODIFICACION	FUENTE DE INFORMACION	DEFINICION OPERACIONAL
GESTANTE CON COVID-19	Infeccion por SARS-CoV-2	COVID-19	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Prueba Diagnostica	No Infección por SARS-CoV-2 = 0 Infección por SARS-CoV-2 = 1	Ficha de Recolección de datos	Se expresa como una prueba diagnóstica rápida contra SARS Cov-2 negativa o positiva
TIPO DE PARTO	Etapa de culminación del embarazo y la salida del producto de la gestación y la placenta del útero materno	Vía de parto	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Vía de parto	Vaginal = 0 Cesárea = 2	Ficha de Recolección de datos	
Clasificación de Robson	Metodología para identificar grupos bien definidos y clínicamente pertinentes de mujeres ingresadas para el parto y para investigar las diferencias existentes en las tasas de cesáreas en grupos de mujeres relativamente homogéneas	Paridad	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Número de partos previos	Nulípara = 0 Multípara = 2	Ficha de Recolección de datos	1) Robson 1 2) Robson 2 3) Robson 3 4) Robson 4 5) Robson 5 6) Robson 6 7) Robson 7 8) Robson 8 9) Robson 9 10) Robson 10
		Edad Gestacional	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Fecha de ultima regla	A termino = 0 Pretérmino = 2		
		Presentación/Situación	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Polo fetal en contacto con el estrecho superior de la pelvis	Cefálica = 1 Pelviana = 2 Transversa u Oblicua = 3		
		Cesárea previa	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Presencia de cicatriz uterina por cesárea	Ninguna = 1 Una o más = 2		
		Inicio de Trabajo de Parto	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Tipo de inicio de trabajo de parto	Espontaneo = 1 Inducido = 2 Sin trabajo de parto = 3		

II. Estrategia metodológica.

2.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo de investigación: El estudio fue de tipo descriptivo, con un alcance correlacional y cuantitativo, que analizó la posible relación entre la infección por SARS-CoV-2 y el tipo de parto en gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” (MINSA) de la ciudad de Ica.

Diseño de la investigación: El estudio fue de tipo observacional no experimental, ya que no se manipularon las variables, limitándose a estudiar los eventos tal como ocurrieron. Fue transversal porque se obtuvo la información en una sola oportunidad y retrospectivo porque los datos se recolectaron de las historias clínicas del periodo establecido entre el 15 de marzo de 2020 y el 31 de julio de 2022.

Población y muestra: La **población** del estudio estuvo constituida por 1674, es decir todas las historias clínicas de las pacientes gestantes atendidas por cesárea en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica, durante el periodo del 15 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2022.

Con respecto a la **muestra**, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se consideró un total de 393 historias clínicas de las pacientes gestantes atendidas por cesárea en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica, durante el periodo del 15 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2022.

Criterios de inclusión:

- Se consideró las historias clínicas de las cesareadas atendidas en el servicio gineco obstetricia en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica.
- Se consideró las historias clínicas de las cesareadas atendidas del 15 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2022.

Criterios de exclusión:

- No se consideró las historias clínicas incompletas de las pacientes cesareadas atendidas en el servicio gineco obstetricia en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica.
- No se consideró las historias clínicas de las pacientes gestantes atendidas no comprendidas durante el 15 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2022.

2.2. Técnica e Instrumentos de recolección de la información:

Técnica: La técnica para la realización de la presente investigación se basó en la revisión de historias clínicas, respetando la confidencialidad y el anonimato de los pacientes.

Instrumentos: El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos, elaborada por Diana Liliana Jiménez y Andrea del Pilar Guevara Rodríguez ⁽⁴⁷⁾ específicamente para esta investigación y adaptada a la realidad del estudio, lo que permitió el análisis de las variables planteadas.

Validez y confiabilidad: El instrumento cuestionario que recolectó la información de las historias clínicas tuvo validez por la experiencia adquirida en múltiples estudios, lo que también le otorgó una gran confiabilidad.

Análisis de datos: Se elaboraron cuadros específicos sobre las características de las variables en un programa de Excel versión 2019 como base de los datos obtenidos. Los datos fueron analizados estadísticamente en el programa STATA versión 16.00 para Windows.

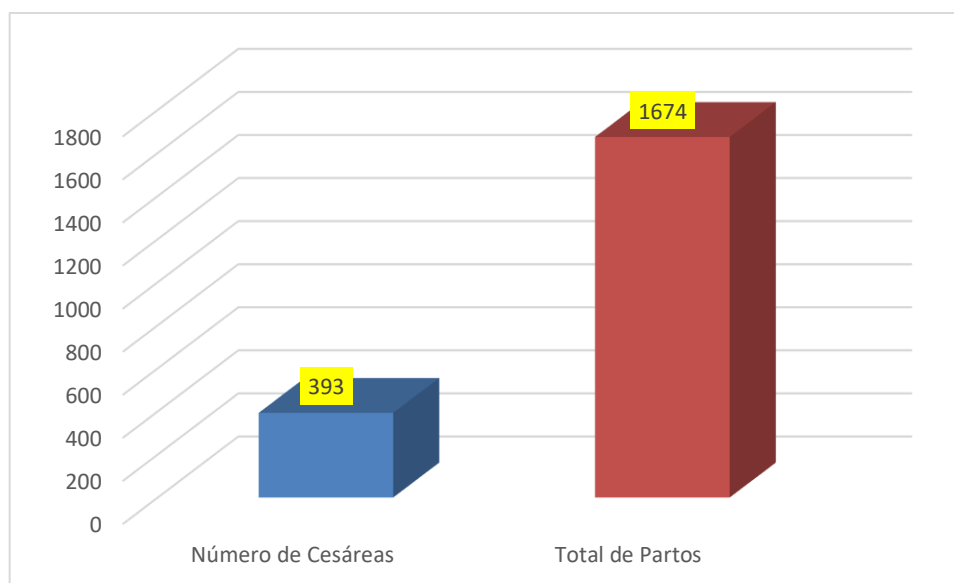
Técnica de análisis: Se aplicaron fórmulas estadísticas, un análisis univariado de las variables y la prueba de Chi cuadrado para su correlación, además del cálculo de la Odds Ratio (OR) como medida de probabilidad. La presentación también comprendió gráficos.

III. Resultados

Tabla 1. Tasa de cesáreas según la Clasificación de Robson durante la pandemia de la COVID-19 y sus complicaciones en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica MINSA periodo marzo 2020 – julio 2022.

Número de Cesáreas	Total de Partos	Tasa de Cesáreas (%)
393	1674	23.47%

Gráfico 1. Tasa de cesáreas según la Clasificación de Robson durante la pandemia de la COVID-19 y sus complicaciones en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica MINSA periodo marzo 2020 – julio 2022.



La Tabla 1 presenta la tasa de cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica durante la pandemia de COVID-19, abarcando el periodo de marzo de 2020 a julio de 2022. En este análisis, se registraron un total de 1674 partos, de los cuales 393 fueron cesáreas. Esto resulta en una tasa global de cesáreas del 23.47%.

La tasa de cesáreas del 23.47% se sitúa dentro del rango aceptable recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugiere que una tasa de cesáreas superior al 10-15% no necesariamente se asocia con una reducción en la mortalidad materna o neonatal. Sin embargo, este porcentaje puede reflejar varios factores relacionados con las circunstancias únicas de la pandemia, como el acceso limitado a atención prenatal adecuada, el temor a buscar atención

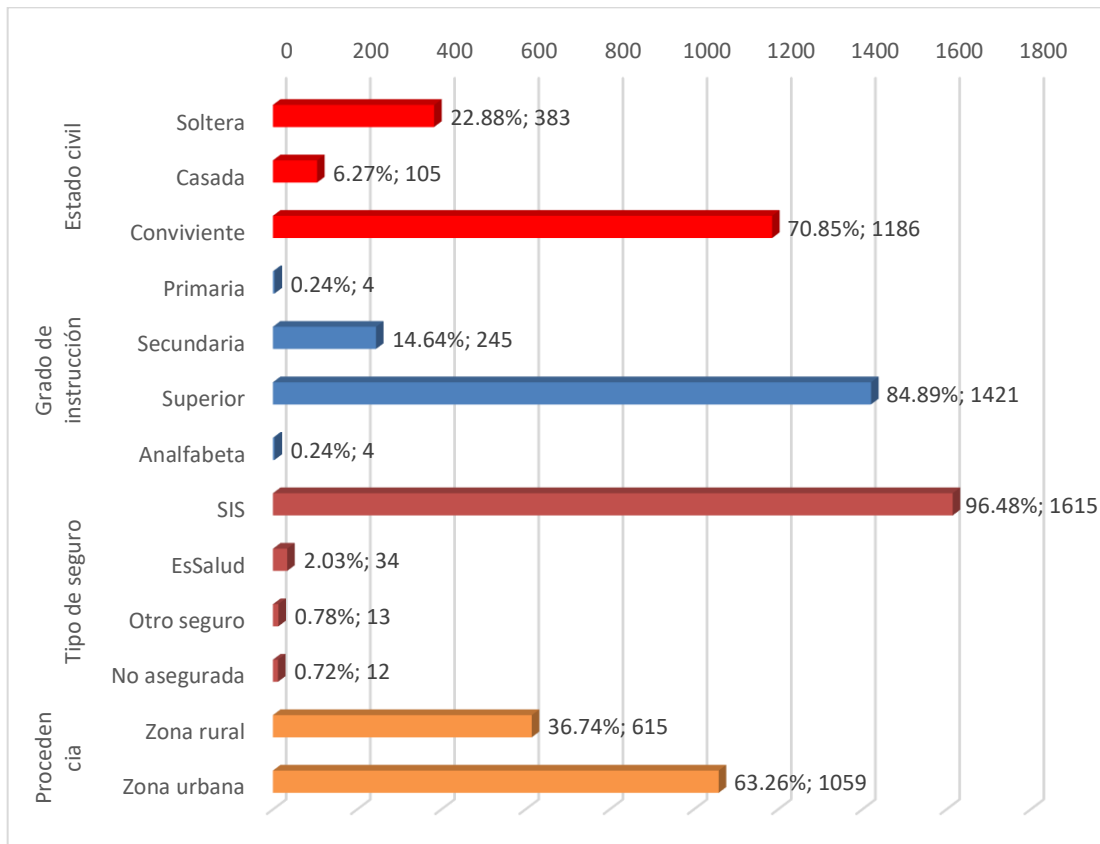
médica por el riesgo de contagio de COVID-19 y la posible necesidad de intervenciones quirúrgicas más frecuentes para asegurar la salud de la madre y el recién nacido.

El hecho de que el porcentaje de cesáreas sea relativamente alto puede indicar un cambio en las prácticas obstétricas durante este periodo. Este aumento podría ser resultado de la mayor cautela en la gestión de los partos, donde se prioriza la salud materna y fetal ante los riesgos potenciales que la pandemia presentaba. Es importante también considerar que las cesáreas, aunque necesarias en muchos casos, pueden conllevar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, lo que se explorará más a fondo en las siguientes tablas del análisis.

Tabla 2. Características Sociodemográficas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltera	383	22.88
Casada	105	6.27
Conviviente	1186	70.85
Total	1674	100.00
Grado de instrucción		
Primaria	4	0.24
Secundaria	245	14.64
Superior	1421	84.89
Analfabeta	4	0.24
Total	1674	100.00
Tipo de seguro		
SIS	1615	96.48
EsSalud	34	2.03
Otro seguro	13	0.78
No asegurada	12	0.72
Total	1674	100.00
Procedencia		
Zona rural	615	36.74
Zona urbana	1059	63.26
Total	1674	100.00

Gráfico 2. Características Sociodemográficas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)



La segunda tabla refleja las características sociodemográficas de las pacientes gestantes que fueron atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro” durante el periodo de la pandemia, entre marzo de 2020 y julio de 2022. Es fundamental analizar estos factores, ya que pueden influir en las decisiones médicas, incluido el uso de cesáreas.

En cuanto al estado civil, de las 1674 pacientes, la mayoría se identificaron como convivientes (70.85%), lo que indica una alta proporción de mujeres que mantienen relaciones de pareja fuera del matrimonio formal. El 22.88% de las pacientes eran solteras, mientras que solo el 6.27% eran casadas. En términos del grado de instrucción, un aspecto relevante es que la mayoría (84.89%) había alcanzado la educación superior, lo que podría reflejar una mejor comprensión de los procedimientos médicos, incluyendo la cesárea. Solo un 14.64% de las pacientes había alcanzado el nivel de educación secundaria, y una pequeña minoría tenía solo primaria (0.24%). Este nivel educativo alto podría implicar que las pacientes estaban más informadas sobre las opciones de parto y podrían haber influido en la elección de un parto por cesárea cuando era necesario.

En cuanto al tipo de seguro, la mayoría de las pacientes estaban afiliadas al SIS (96.48%), mientras que una minoría recibía cobertura de EsSalud (2.03%). Solo un pequeño porcentaje estaba afiliado a otros seguros o no estaba asegurado. Esta alta dependencia del sistema de salud

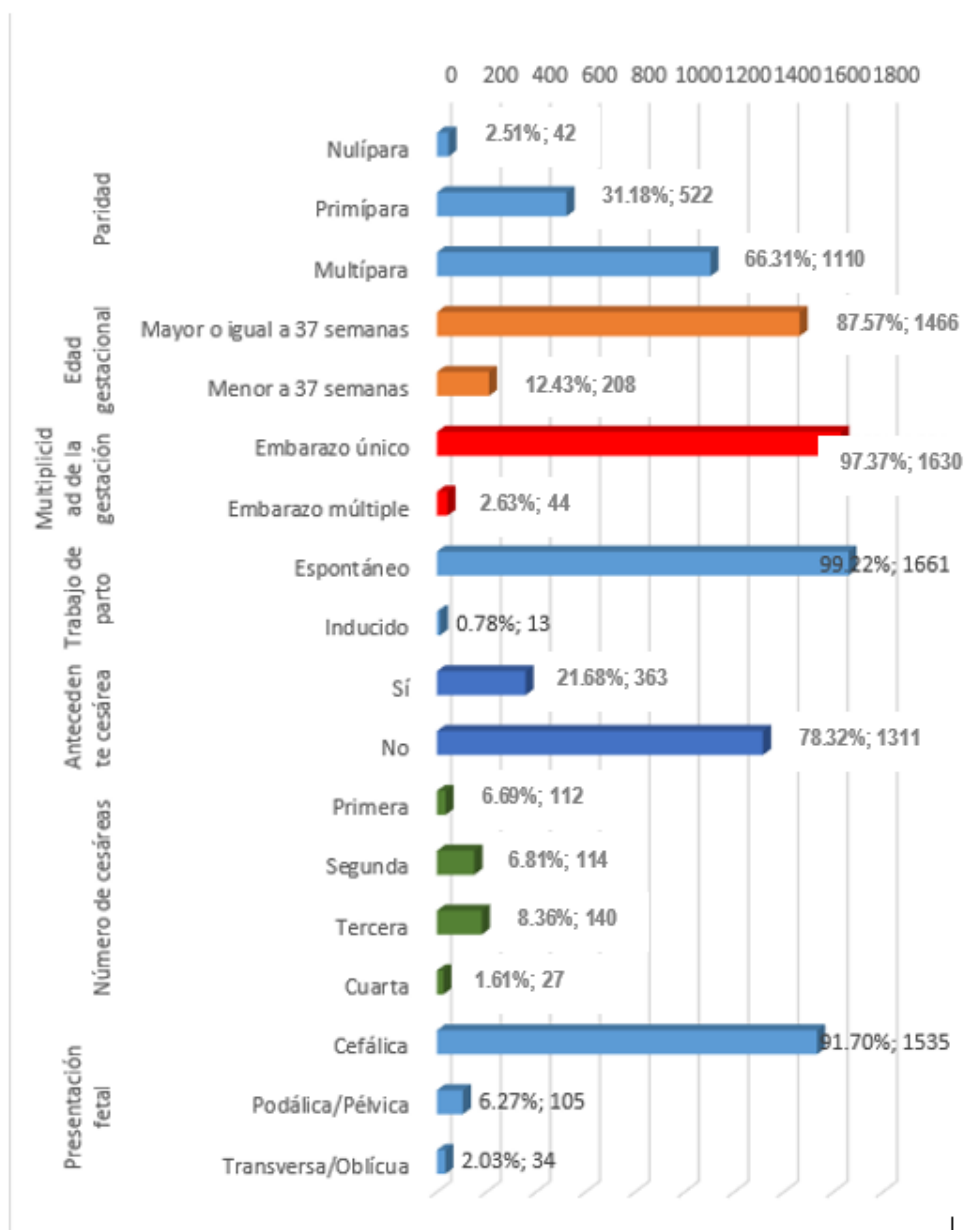
público (SIS) puede haber condicionado el acceso a ciertos servicios médicos, incluyendo la cesárea, y destaca la importancia del sistema público en la atención obstétrica durante la pandemia. Respecto a la procedencia, la mayor parte de las pacientes procedían de zonas urbanas (63.26%), mientras que el 36.74% residía en áreas rurales. Este factor puede tener implicaciones sobre el acceso a los servicios médicos especializados, ya que las pacientes de zonas urbanas pueden tener un acceso más rápido y eficiente a hospitales como el "Santa María del Socorro", en comparación con las pacientes de zonas rurales.

Tabla 3. Características Obstétricas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)

Variable	f	(%)
Paridad		
Nulípara	42	2.51
Primípara	522	31.18
Multípara	1110	66.31
Total	1674	100.00
Edad gestacional		
Mayor o igual a 37 semanas	1466	87.57
Menor a 37 semanas	208	12.43
Total	1674	100.00
Multiplicidad de la gestación		
Embarazo único	1630	97.37
Embarazo múltiple	44	2.63
Total	1674	100.00
Trabajo de parto		
Espontáneo	1661	99.22
Inducido	13	0.78
Total	1674	100.00
Antecedente cesáreo		
Sí	363	21.68
No	1311	78.32
Total	1674	100.00
Número de cesáreas		
Primera	112	6.69
Segunda	114	6.81
Tercera	140	8.36
Cuarta	27	1.61
Total	393	23.47

Presentación fetal		
Cefálica	1535	91.70
Podálica/Pélvica	105	6.27
Transversa/Oblícuca	34	2.03
Total	1674	100.00

Gráfico 3. Características Obstétricas de las Pacientes gestantes en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)



La tercera tabla proporciona información actualizada sobre las características obstétricas de las pacientes gestantes atendidas en el hospital durante el periodo analizado. Estos factores son esenciales para comprender las decisiones médicas relacionadas con los partos por cesárea, ya que influyen en la evaluación de riesgos y en la elección del tipo de parto más adecuado para cada paciente.

En términos de paridad, se observa que el 66.31% de las pacientes fueron multíparas, lo que indica que ya habían tenido uno o más partos previos. Este dato es relevante, ya que la experiencia previa en partos puede influir en la decisión de optar por una cesárea, especialmente en mujeres que han tenido cesáreas anteriores. Por otro lado, un 31.18% de las pacientes eran primíparas, es decir, estaban experimentando su primer parto. Solo un 2.51% eran nulíparas, lo que significa que no habían tenido embarazos previos. La paridad es un factor determinante en la elección del método de parto, ya que las mujeres multíparas suelen tener una mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el trabajo de parto, lo que puede llevar a una mayor tasa de cesáreas.

En cuanto a la edad gestacional, la mayoría de los partos (87.57%) se produjo en embarazos a término, es decir, con una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas. Esto es un indicador positivo, ya que los partos a término suelen ser menos complicados y tienen mejores resultados tanto para la madre como para el bebé. Sin embargo, un 12.43% de los partos fueron de embarazos pretérmino, es decir, menos de 37 semanas. Los partos prematuros están frecuentemente asociados con complicaciones que pueden requerir la realización de una cesárea para evitar riesgos tanto para la madre como para el recién nacido.

Respecto a la multiplicidad de la gestación, la mayoría de las pacientes (97.37%) tuvieron embarazos únicos, mientras que solo un 2.63% correspondió a embarazos múltiples. Los embarazos múltiples suelen conllevar un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, lo cual puede justificar una mayor tasa de cesáreas en estos casos para garantizar la seguridad tanto de los fetos como de la madre.

Un aspecto notable del trabajo de parto es que el 99.22% de los partos fueron espontáneos. Esto sugiere un bajo índice de inducción del parto, ya que solo un 0.78% fueron inducidos. La inducción del parto puede ser necesaria en ciertas circunstancias clínicas; sin embargo, también puede aumentar la probabilidad de cesárea si el progreso del trabajo de parto no es adecuado.

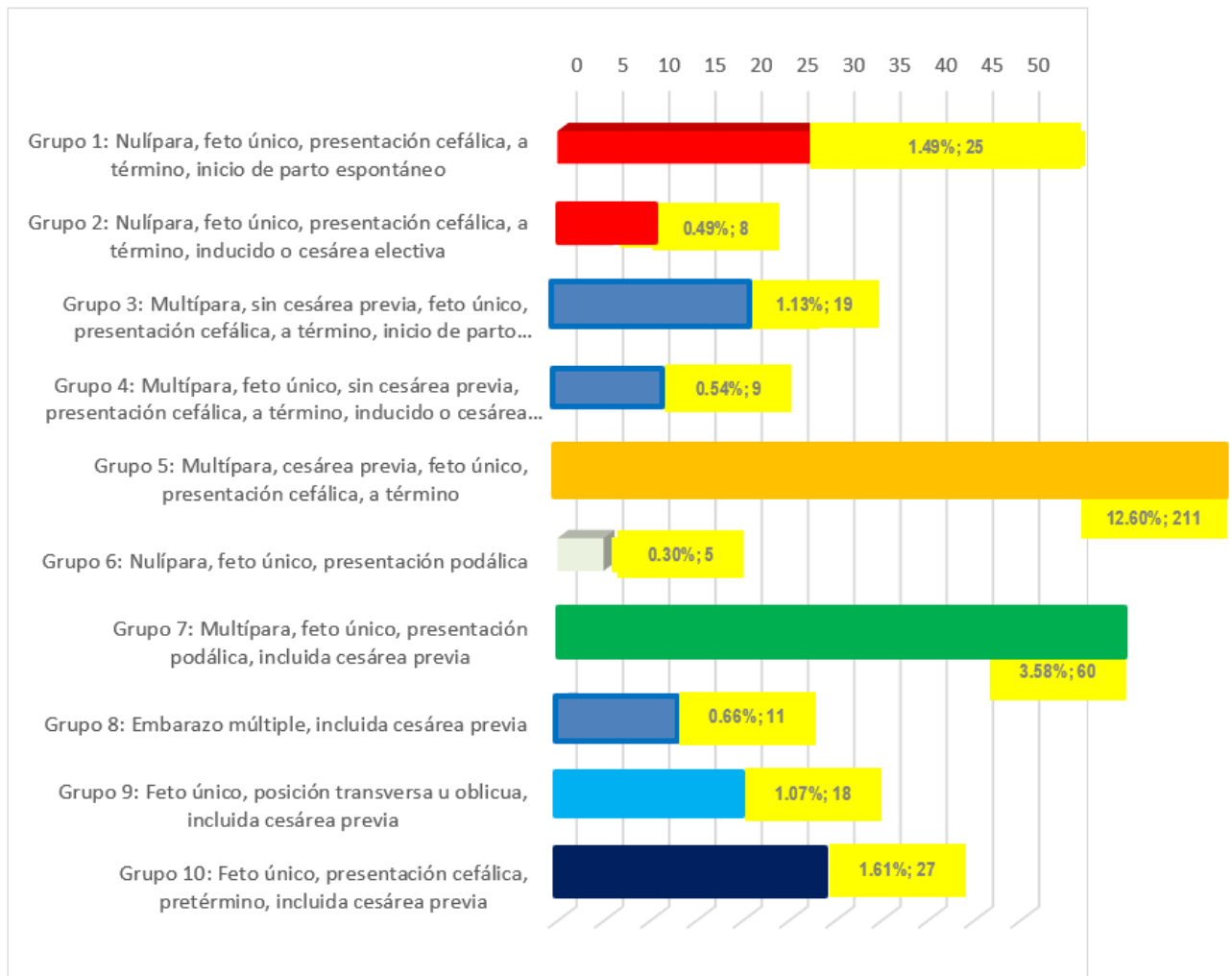
En cuanto a los antecedentes de cesárea, se encontró que el 21.68% de las pacientes presentaban antecedentes quirúrgicos previos relacionados con cesáreas. Este factor es crucial en la toma de decisiones sobre el tipo de parto en embarazos posteriores, dado el riesgo aumentado de ruptura uterina en mujeres que intentan un parto vaginal después de haber tenido una cesárea previa.

Finalmente, al analizar la presentación fetal, se observó que el 6.27% de los fetos tenían una posición podálica o pélvica (de nalgas), mientras que un 2.03% presentaban posiciones transversas u oblicuas. Estas presentaciones suelen requerir la realización de una cesárea debido al alto riesgo asociado con un parto vaginal en estas condiciones.

Tabla 4. Clasificación de Robson y Tasa de Cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)

Clasificación de Robson	Número de Cesáreas	Total de Partos	Tasa de Cesáreas (%)
Grupo 1: Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo	25	1674	1.49%
Grupo 2: Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inducido o cesárea electiva	8	1674	0.49%
Grupo 3: Multípara, sin cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo	19	1674	1.13%
Grupo 4: Multípara, feto único, sin cesárea previa, presentación cefálica, a término, inducido o cesárea programada	9	1674	0.54%
Grupo 5: Multípara, cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término	211	1674	12.60%
Grupo 6: Nulípara, feto único, presentación podálica	5	1674	0.30%
Grupo 7: Multípara, feto único, presentación podálica, incluida cesárea previa	60	1674	3.58%
Grupo 8: Embarazo múltiple, incluida cesárea previa	11	1674	0.66%
Grupo 9: Feto único, posición transversa u oblicua, incluida cesárea previa	18	1674	1.07%
Grupo 10: Feto único, presentación cefálica, pretérmino, incluida cesárea previa	27	1674	1.61%
Total	393	1674	23.47%

Gráfico 4. Clasificación de Robson y Tasa de Cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica (Marzo 2020 - Julio 2022)



La cuarta tabla presenta la distribución de los partos por cesárea según la Clasificación de Robson, un sistema internacionalmente reconocido que permite analizar y comparar las tasas de cesáreas entre diferentes hospitales y regiones. Durante el periodo analizado, se realizaron 393 cesáreas de un total de 1674 partos, resultando en una tasa global de 23.47%.

En el Grupo 1 (Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo), que generalmente tiene un bajo riesgo de cesárea, se realizaron 25 cesáreas, lo que representa el 1.49% del total de partos. A pesar de ser un grupo de bajo riesgo, la pandemia pudo haber influido en el aumento de cesáreas para evitar complicaciones derivadas del COVID-19.

En el Grupo 2 (Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inducido o cesárea electiva), se realizaron 8 cesáreas, lo que representa el 0.49% de los partos. Este grupo suele tener tasas más

bajas de cesárea en condiciones normales, pero las inducciones de parto pueden conllevar un mayor riesgo de intervención quirúrgica.

En el Grupo 3 (Multípara sin cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo), con 19 cesáreas en este grupo, que representa el 1.13% de los partos, es un grupo de bajo riesgo, y como tal, las cesáreas fueron limitadas, lo cual es consistente con las expectativas para este grupo.

En el Grupo 4 (Multípara sin cesárea previa, inducido o cesárea programada, ≥ 37 semanas, cefálica), se realizaron 9 cesárea (0.54%), lo cual es consistente con la tendencia general de cesáreas bajas en mujeres multíparas sin antecedentes de cesárea.

El Grupo 5 (Multípara, cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término) tuvo 211 cesáreas (12.60%). La tasa es consistente con la literatura, ya que los antecedentes de cesárea son una de las principales razones para optar por una cesárea programada.

En el Grupo 6 (Nulípara, feto único, presentación podálica), se realizaron 5 cesáreas (0.30%). La presentación podálica es una indicación frecuente de cesárea, ya que los partos vaginales en esta posición son complicados y pueden representar riesgos significativos para el feto.

En el Grupo 7 (Multípara, feto único, presentación podálica, incluida cesárea previa), hubo 60 cesáreas (3.58%), lo que refleja la frecuencia de esta intervención en mujeres multíparas con presentaciones fetales anómalas.

En el Grupo 8 (Embarazo múltiple, todas las presentaciones), solo se reportó 11 cesáreas lo que representa un 0.66%.

En el Grupo 9 (Feto único, posición transversa u oblicua, incluida cesárea previa), se reportó 18 cesáreas (1.07%).

En el Grupo 10 (Feto único, presentación cefálica, pretérmino, incluida cesárea previa), se reportó 27 cesáreas (1.61%).

Tabla 5. Complicaciones de la Cesárea en la Madre

Complicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Infecciones		
- Infección de la herida quirúrgica	75	19.08
- Endometritis	30	7.64
- Infección urinaria	12	3.05
Total	117	29.77
Hemorragias		
- Hemorragia intraoperatoria	5	1.27
- Hemorragia posoperatoria	4	1.02
Total	9	2.29
Complicaciones respiratorias		
- Neumonía	1	0.26
- Atelectasia	1	0.26
Total	2	0.52
Complicaciones relacionadas con anestesia		
- Hipotensión inducida por anestesia	1	0.26
- Reacción alérgica	1	0.26
Total	2	0.52
Otras complicaciones		
- Función intestinal disminuida	2	0.52
- Hospitalización prolongada	4	1.02
Total	6	1.54
Sin complicaciones graves	257	65.39
Total	393	100.00

La tabla refleja las diversas complicaciones observadas en pacientes sometidas a cesáreas, clasificadas según su tipo y frecuencia relativa dentro de la población estudiada (393 casos en total). Los resultados indican que el 65.39% de las pacientes no presentó complicaciones graves, lo cual destaca que la mayoría de las intervenciones quirúrgicas fueron exitosas y sin incidentes significativos. Sin embargo, un 34.6% restante experimentó alguna forma de complicación, lo que subraya la necesidad de atención y protocolos estrictos en el manejo perioperatorio.

Dentro de las complicaciones específicas, las infecciones representaron la categoría más frecuente, con un 29.77% del total de casos. En detalle, se reportaron 75 casos (19.08%) de

infecciones de la herida quirúrgica, que fueron la complicación más común. Esto resalta la importancia de mantener prácticas rigurosas de asepsia y antisepsia durante y después del procedimiento quirúrgico. Asimismo, se registraron 30 casos (7.64%) de endometritis, una infección que afecta al revestimiento del útero y que puede ser prevenida mediante una adecuada profilaxis antibiótica. Adicionalmente, se observaron 12 casos (3.05%) de infección urinaria, una complicación que podría estar relacionada con el uso de sondas urinarias durante el procedimiento quirúrgico o el posoperatorio.

En cuanto a las hemorragias, estas fueron menos frecuentes, con una incidencia combinada del 2.29%. Las hemorragias intraoperatorias afectaron a 5 pacientes (1.27%), mientras que las hemorragias posoperatorias se observaron en 4 casos (1.02%). Estas cifras sugieren que el manejo intraoperatorio y posquirúrgico fue efectivo en la mayoría de las pacientes, aunque es fundamental continuar monitoreando estos eventos debido a su potencial gravedad.

Las complicaciones respiratorias fueron poco comunes, afectando a solo 2 pacientes (0.52%), divididas entre un caso de neumonía (0.26%) y otro de atelectasia (0.26%). Esto podría estar relacionado con factores individuales como condiciones preexistentes, aunque también subraya la necesidad de vigilancia respiratoria, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

En cuanto a las complicaciones relacionadas con la anestesia, estas se observaron en 2 casos (0.52%), con una incidencia igual entre hipotensión inducida por anestesia (0.26%) y reacciones alérgicas (0.26%). Estos hallazgos reflejan un manejo anestésico adecuado en la mayoría de los casos, aunque es crucial realizar evaluaciones prequirúrgicas exhaustivas para minimizar estos riesgos.

Finalmente, en la categoría de otras complicaciones, se registraron 2 casos (0.52%) de función intestinal disminuida, lo que podría estar relacionado con el efecto de la cirugía abdominal en el tránsito intestinal. Además, 4 pacientes (1.02%) requirieron hospitalización prolongada debido a un periodo de recuperación extendido.

Tabla 6. Complicaciones de la Cesárea en el Recién Nacido

Complicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nacimiento prematuro	183	100%
Problemas respiratorios	0	0.0%
Cuentas de Apgar bajas	0	0.0%
Daño fetal	0	0.0%
Total	183	100%

La tabla de complicaciones de la cesárea en el recién nacido destaca las consecuencias que este procedimiento puede tener sobre la salud de los neonatos. En total, se registraron 183 complicaciones, de las cuales 100% corresponden a nacimientos prematuros. Este hallazgo es alarmante y pone de manifiesto un problema significativo, ya que el nacimiento prematuro se asocia con una serie de riesgos, incluyendo problemas respiratorios, dificultades de alimentación y mayor vulnerabilidad a infecciones. La alta tasa de nacimientos prematuros puede ser el resultado de varios factores, incluidos la decisión de realizar cesáreas en situaciones de riesgo elevado y las condiciones de salud de las madres durante la pandemia.

La ausencia de otros problemas como problemas respiratorios, cuentas de Apgar bajas y daño fetal es un dato relevante que sugiere que, a pesar de la alta incidencia de partos prematuros, el manejo neonatal en el hospital fue efectivo, al menos en lo que respecta a la monitorización y el tratamiento de estas complicaciones. Las cuentas de Apgar son una medida crucial de la salud del recién nacido al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento, y su ausencia en esta tabla puede indicar un manejo adecuado de los neonatos al nacer.

Sin embargo, la preocupación por los nacimientos prematuros persiste, y se debe considerar que esta situación puede resultar en mayores requerimientos de atención médica a largo plazo para los recién nacidos. La identificación de este patrón es vital para que los profesionales de la salud puedan implementar estrategias de intervención y prevención más efectivas en futuras gestaciones.

IV. Discusión

La Tabla 1 muestra la tasa de cesáreas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica, donde se registraron 393 cesáreas de un total de 1674 partos, lo que resulta en una tasa del 23.47%. Esta cifra, supera el umbral del 10% al 15% recomendado por la OMS para clasificar a una institución con altas tasas de cesáreas, sugiere un enfoque cauteloso en la atención obstétrica durante la pandemia. La cesárea, aunque es una intervención que puede salvar vidas, debe ser utilizada de manera prudente y solo cuando es médicamente necesaria, ya que se asocia con riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. En este contexto, es esencial vincular los resultados con los antecedentes internacionales. Por ejemplo, el estudio de Linard et al. (2019) destaca que en África Subsahariana (ASS) las tasas de cesáreas alcanzan el 37%, en comparación con solo 17% en Francia. Esta discrepancia pone de relieve las diferencias en acceso a atención prenatal de calidad y recursos de salud, así como la influencia de factores culturales y socioeconómicos. La alta tasa de cesáreas en ASS podría reflejar limitaciones en el acceso a servicios de salud adecuados y decisiones impulsadas por la falta de información, contrastando con un contexto más estructurado como el de Francia. Por otro lado, en el estudio de Cuñarro López et al. (2021), se documentó un aumento en la morbilidad materna y perinatal asociado a la infección por SARS-CoV-2. En este sentido, la pandemia ha traído consigo no solo desafíos en la gestión de la salud, sino también un aumento de cesáreas en mujeres infectadas, lo que puede estar reflejado en la tasa observada en el hospital de Ica. Esto sugiere que, en el contexto de la pandemia, los profesionales de salud podrían haber optado por cesáreas de forma más frecuente como medida preventiva para evitar complicaciones en partos que podrían volverse problemáticos ante un contagio por COVID-19.

La Tabla 2 y Tabla 3 presentan las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes atendidas en el hospital. Un hallazgo clave es la predominancia de mujeres convivientes (70.85%) y la alta proporción de pacientes con educación superior (84.89%). Este contexto sociodemográfico puede ser significativo para entender las decisiones sobre la atención médica, incluidas las cesáreas. Las mujeres con mayor nivel educativo tienden a estar más informadas y participar activamente en las decisiones sobre su salud y su atención durante el embarazo. La alta tasa de multíparas (66.31%) sugiere que muchas de las mujeres habían tenido experiencias previas de parto, lo que podría influir en sus expectativas y decisiones sobre el tipo de parto. Además, el hecho de que el 21.68% de las pacientes presentara antecedentes de cesárea es crucial, ya que esto incrementa la probabilidad de que se elija realizar una cesárea en embarazos posteriores debido a los riesgos asociados con los partos vaginales tras una cesárea anterior. Este análisis se relaciona con los estudios de Segura et al. (2020) y Martínez et al. (2021), que documentan la morbilidad obstétrica elevada entre mujeres infectadas por COVID-19. En el contexto del Hospital “Santa

María del Socorro”, estas características podrían haber influido en la tasa de cesáreas observada y el manejo de los partos durante la pandemia.

La Tabla 4 presenta una visión detallada de la Clasificación de Robson y la tasa de cesáreas asociada a cada grupo. Esta clasificación es una herramienta esencial para evaluar y comparar las tasas de cesáreas de manera efectiva, identificando patrones y áreas de mejora en la atención obstétrica. El hecho de que la mayoría de las cesáreas ocurrieran en grupos con antecedentes de cesáreas previas (Grupo 5) resalta la necesidad de un enfoque basado en el riesgo, donde las decisiones se toman en función de la historia clínica de cada paciente. Al comparar los resultados del Hospital “Santa María del Socorro” con estudios como el de Barbero et al. (2020), que indicaron tasas de cesáreas de hasta 52.2% en gestantes con COVID-19, se sugiere que el entorno de la pandemia puede haber influido en la toma de decisiones clínicas, llevando a un aumento en las cesáreas programadas o electivas, lo que podría verse reflejado en los grupos de Robson. La predominancia de cesáreas en las categorías de Robson que reflejan un mayor riesgo obstétrico es consistente con las observaciones de Huatuco et al. (2020), donde se informaron tasas altas de cesáreas en mujeres infectadas por COVID-19. Esto pone de relieve que la pandemia no solo ha impactado la salud materno-infantil, sino que también ha cambiado las dinámicas de atención médica y los resultados relacionados con el parto.

Las tablas de complicaciones reflejan la preocupación por la salud de las madres y recién nacidos tras una cesárea. Un 19.08% de las madres presentó infecciones, y el nacimiento prematuro fue la única complicación observada en el 100% de los recién nacidos. Este fenómeno puede estar relacionado con la alta tasa de cesáreas, especialmente en el contexto de la pandemia, donde el riesgo de complicaciones es mayor. Estos resultados son congruentes con la literatura existente, que destaca un aumento en la morbilidad materna y perinatal durante la pandemia. El estudio de Vera et al. (2020) reportó un 38% de cesáreas en un hospital de Lima, lo que sugiere que la pandemia ha exacerbado la necesidad de intervenciones quirúrgicas, afectando adversamente tanto a la madre como al recién nacido. Además, el estudio de Estrada et al. (2022) señala que los síntomas leves fueron comunes entre las gestantes infectadas, lo que plantea interrogantes sobre cómo el estado de salud general de las pacientes puede influir en los resultados obstétricos.

Cabe mencionar, que el resto de complicaciones que puede presentar el recién nacido posterior a una cesárea no se encontraron en las historias clínicas, tales como problemas respiratorios, apgar bajo, daño fetal, pero eso no quiere decir de que no se hayan presentado, puede significar una deficiencia en el registro que realiza el personal médico, por lo cual no lo ubicamos en las historias.

V. Conclusiones.

1. La investigación ha determinado que la tasa de cesáreas en el Hospital Santa María del Socorro durante la pandemia de COVID-19 fue del 23.47%. Este hallazgo indica que, a pesar de que la tasa se sitúa dentro del rango considerado aceptable por la OMS, su incremento sugiere un cambio en las prácticas obstétricas durante un periodo de crisis sanitaria. Las decisiones clínicas durante la pandemia pueden haberse orientado hacia un enfoque más conservador, priorizando la salud de las madres y los recién nacidos, lo que puede haber llevado a la elección de cesáreas en situaciones que, en condiciones normales, podrían haber sido manejadas con partos vaginales.
2. Según la Clasificación de Robson se identificó al Grupo 5 como el más frecuentes, el cual ha revelado que las cesáreas se realizaron predominantemente en mujeres multíparas y en aquellas con antecedentes de cesárea. Esto coincide con la literatura existente, que señala que la historia obstétrica de las pacientes influye significativamente en la probabilidad de requerir una cesárea. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de adaptar los protocolos de atención obstétrica a las características específicas de cada paciente, considerando sus antecedentes y la clasificación de Robson para optimizar la toma de decisiones clínicas.
3. Las complicaciones observadas en las madres y los recién nacidos durante el periodo analizado resaltan el impacto de la pandemia en la salud materno-infantil. Las tasas de infecciones en madres y el nacimiento prematuro en los recién nacidos sugieren que las cesáreas, aunque necesarias, pueden estar asociadas con riesgos adicionales en un contexto de crisis sanitaria. Esto enfatiza la importancia de implementar estrategias de prevención y control, así como un seguimiento exhaustivo postoperatorio para mitigar los efectos adversos que puedan surgir durante y después de una cesárea, especialmente en situaciones críticas como las que presentó la pandemia de COVID-19.

VI. Recomendaciones

1. **Mejorar la Educación y la Comunicación con las Pacientes:** Fomentar la educación sobre las opciones de parto entre las pacientes gestantes es fundamental. Se recomienda desarrollar programas de información y asesoramiento que brinden a las mujeres la oportunidad de participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su atención prenatal y el tipo de parto. Esto debería incluir discusiones sobre los riesgos y beneficios de las cesáreas frente a los partos vaginales, así como el impacto de la pandemia en el proceso obstétrico.
2. **Fortalecimiento de Protocolos de Atención Obstétrica:** Es crucial desarrollar y reforzar protocolos de atención obstétrica que consideren la clasificación de Robson para guiar la toma de decisiones sobre el tipo de parto. Esto incluye la capacitación continua del personal médico y de enfermería sobre la identificación de los factores de riesgo y la adecuación de los procedimientos según el historial obstétrico de las pacientes. La implementación de estas medidas puede ayudar a reducir las tasas innecesarias de cesáreas y optimizar los resultados de salud materno-infantil.
3. **Monitoreo y Evaluación de Resultados:** Establecer un sistema de monitoreo y evaluación para registrar y analizar las tasas de cesáreas, así como las complicaciones asociadas, es esencial. Esto permitirá identificar tendencias y áreas de mejora en la atención obstétrica, así como evaluar la efectividad de los protocolos implementados. La recolección de datos debe ser sistemática y realizada de manera continua para que las políticas de salud pública puedan ser adaptadas de manera efectiva, especialmente en situaciones de crisis como la pandemia de COVID-19. Además, se debe considerar la realización de estudios adicionales para investigar las consecuencias a largo plazo de las cesáreas en las madres y los recién nacidos.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Bernal García C, Escobedo Campos CN. Cesárea: situación actual y factores asociados. Rev. Méx. Salud Quintana Roo 2018 Set-Dic; 11(40): 28-33. <https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/4.%20CES%C3%81REA%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL.pdf>
2. Vélez Pérez E, Tovar Guzmán V, Méndez Velarde F, et al. Factores de riesgo de la operación cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Mexico Rev. Bol Clin Hosp Infant Edo Son, 2016; 30(1): 16-23. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42055>
3. Salinas Perez M, Santoyo Haro S y Lara Barragán I. Frecuencia y factores de riesgo de la culminación de partos por cesárea en un hospital privado de la Ciudad de México. Acta Med. Grupo Ángeles México oct/dic 2021; 19 (4): 29-42. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000400510
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) Declaración sobre Tasas de cesáreas. Abril del 2015 Disponible: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
5. Número de partos por cesárea registrados por cada 1.000 nacidos vivos en los Países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en el 2019 Publicado por Statista Research Department, 14 Abril 2022 Disponible: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?locations=OE>
6. Bobadilla L y León F. En torno a las cesáreas en el Perú ¿solo un problema de cifras? Rev. Peru. Ginecol. Obstet. 2017; 63 (4): 659-662. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400022
7. Organización Mundial de la Salud (OMS) Información Mundial COVID-19 Disponible: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
8. Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) - Mayo Clinic 20 enero 2023 Disponible: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>

9. Araujo-Castillo. Dos años de pandemia, una batalla que aún no termina. Acta méd. Peru. 2022;39(1):3-6. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v39n1/1728-5917-amp-39-01-3.pdf>
10. Vera-Loyola E. Gestación en época de pandemia por coronavirus. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2020;9(1):7-8. Disponible: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/196>
11. Barrena M., Quispe-Saravia P., Flores P et al. Frecuencia e Indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima-Peru Rev. Peru. Ginecol. Obstet. 2020; 66 (2): 632-646. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004
12. Guevara Ríos E. Gestación en época de pandemia por coronavirus Rev. Peruana de Investig. Materno-Perinatal abril-junio 2020; 9 (2): 312-328. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/196>
13. Linard M., Deneux C., Luton D et al. Differential rates of cesarean delivery by maternal geographical origin: a cohort study in France y Africa Subsahariana BMC Pregnancy and Childbirth, 2019; 19(1), 217-224. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2364-x>
14. Cuñarro López Y. Influencia de la infección por SARS-CoV-2 en la mortalidad y morbilidad materno-perinatal, en 81 hospitales de España. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina Humana.- Universidad Complutense de Madrid España]; 2021. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=307093>
15. Segura-Fernández B, León Cid T., Ramos Zamora V. et al Caracterización clínica de las pacientes obstétricas con sospecha de la COVID-19, del Hospital "Dr. Luís Díaz Soto". La Habana, Cuba. Rev. Cub. Med. Mil. 2020; 49 (3): 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2020/cmm203b.pdf>
16. Barbero P., Mugüerza L., García Burguillo A. et al. SARS-CoV-2 in pregnancy: characteristics and outcomes of hospitalized and non-hospitalized women due to COVID-19. The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine. 2020; 35(14): 2648-265. <https://ripe-tomato.org/wp-content/uploads/2020/05/10.10804014767058.2020.1793320.pdf>
17. Martinez-Perez O., Encinas Padilla M., Perez N et al The association between SARS-CoV-2 infection and preterm delivery: a prospective study with a multivariable analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21: 273- 78 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33794829/>

18. Vera E., Montenegro L., Crúzate V. et al. Gestación en tiempo de pandemia COVID-19 Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé Lima-Perú. Rev. Peru. Ginecol. Obstet 2020; 66 (3): 148-56 Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n3/2304-5132-rgo-66-03-00003.pdf>
19. Huatuco-Hernández J., Paredes-Villanueva Quispe-Cuestas M et al Características maternas y resultados perinatales en mujeres peruanas infectadas con COVID-19, Hospital Regional de Trujillo: Rev. Cuerpo Med. HAAA 2021; 14 (3): 344-49 Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v14n3/2227-4731-rcmhnaaa-14-03-344.pdf>
20. Muñoz Taya R., Campos Del castillo K., Coronado Arroyo J et al. SARS-CoV-2 en la segunda mitad del embarazo: resultados materno-perinatales. Rev. Peru. Ginecol. obstet. 2020; 66(3): 234-39 Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n3/2304-5132-rgo-66-03-00004.pdf>
21. Reyes-Rivera EY. Infección por la COVID-19 como factor asociado a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital San José. Callao Peru junio 2020-junio 2021. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad de San Martín de Porres]; 2022. Disponible: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/10468>
22. Estrada-Chiroque L., Oróstegui M., Amau-Chiroque et al. Características clínicas y resultados maternos perinatales en mujeres con diagnóstico confirmado por COVID-19 en un hospital de EsSalud del Perú: Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2022; 73 (1): 207- 23 Disponible: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3776/3773>
23. Cárdenas-Terán A. Parto por cesárea antes y durante la pandemia COVID-19 en el hospital de Chancay-Peru, 2019-2020 Tesis para optar el título de Médico-cirujano. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrion. Facultad de Medicina Humana Disponible: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4934>
24. Zumalabe-Grados I. et al. Características de la infección en gestantes y puérperas por SARS-CoV-2, en el hospital nacional del Callao, Perú. Rev. Peru. Ginecol y Obstet 2020; 66 (3): 289-94 Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000300005&script=sci_abstract
25. Ramos-Guerra A. Incidencia e Indicaciones de cesárea en el Hospital Cesar Garayar García de Iquitos de julio a diciembre 2018 Tesis para optar el Título de Obstetricia. Universidad Científica del Perú Facultad de Ciencias de la Salud Disponible: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1250/IBIS%20ADRIANA%20RAMOS%20GUERRA%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Astocaza Palomino M. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica, de enero a octubre del 2019 Tesis para optar el Título de Médico-cirujano Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de Medicina Humana Disponible: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/84eee9f5-d5e7-4f3d-bd1f-e0f4993d3f3f>
27. Bruna-Huamán L. Tipo de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Carlos Monge Medrano de Piura 2019 Tesis para optar el Título de Médico-Cirujano Universidad Cesar Vallejo Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Disponible: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58297>
28. Saldaña-Quezada G y Inderique-Bueno J. Situación de porcentaje de cesáreas basado en la clasificación de Robson en un Hospital peruano de tercer nivel de atención Tesis para optar el Título de Médico-Cirujano Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina Humana Disponible: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13087#:~:text=Resultados%3A%20Se%20obtuvo%20%20981,el%20grupo%20%20con%2012.42%25.>
29. Sarduy-Nápoles, M., Molina Peñate L., Tapia Llody G. et al. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Rev. Cub Obstet Ginecol. 2018; 44 (2): 34-45 Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200001
30. Ortega M, Hernández A, Espínola C. Protocolo de indicación de operación cesárea del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Rev. Sanid Milit Mex. 2017; 67(6): 282-286. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000819053/3/0819053.pdf>
31. Fernández-Corzas M. Implicaciones sociales y médicas del incremento de la cirugía cesárea, ¿Está justificado? Rev. Med Ginecol FLASOG. 2019; (6): 21-33. Disponible: https://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/REVISTA-FLASOG-NO6_compressed.pdf
32. Vázquez-Parra J. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Rev. Latinoam bioét 2015; 16(1): 60-71. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022016000100004
33. Borrero P, Cubillos A, Orjuela L, et al.. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Rev. Facultad de Salud. 2017; 6(1): 55-8. <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/154>
34. Ramos M, Rolland A, Feitosa A. Indicadores de cesariana basadas en evidencias Rev. Femina. Agosto 2018; 38 (8): 324-328

35. Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. *Rev. Med Hered.* 2018; 26:17-23. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2015000100004&script=sci_abstract
36. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013; 27: 297-308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23127896/>
37. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2015; 131: 523–527. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26433499/>
38. Castañeda-Guillén CJ. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero - diciembre 2015. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana 2017 Disponible: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/c2b73d13-17ce-4650-80f8-4b4c637be443>
39. Organización Mundial de la Salud (OMS) Una investigación dio con la fecha exacta del primer caso de COVID-19. 13 de marzo 2020 Disponible: <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/13/una-investigacion-dio-con-la-fecha-exacta-del-primer-caso-de-coronavirus-en-el-mundo/>
40. Organización Panamericana de Salud (OPS) Informe de la situación de la COVID-19 a nivel Mundial. Exceso de mortalidad asociado a la pandemia Disponible: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53235>
41. Centro de Prevención y Control de enfermedades (CDC) Enfermedad del coronavirus (COVID-19) en las Naciones Unidas Disponible: <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-peru-idLTAKBN23O3NJ/>
42. Organización Panamericana de Salud (OPS) Coronavirus en el Perú: casos confirmados. Primer caso. 6 de marzo 2020 Disponible: <https://www.gob.pe/8662-coronavirus-en-el-peru-casos-confirmados>
43. Anaya A, Londoño F, Pérez L, et al Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. *Rev. Chil. Obstet*

- Ginecol. 2017; 82(5): 491-503 Disponible: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262017000500491&script=sci_abstract
44. Lambert V, Mathieu M, Carles G, Pomar L. COVID-19 y embarazo repercusiones maternas y neonatales. Una revisión de la literatura. Pontificia Universidad Javeriana, Cali Disponible: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-4.emba>
 45. López-Rodríguez G., Galván M y Galván Valencia O. Comorbilidades asociadas a mortalidad materna por COVID-19 en México Gac. Med. Mex. 2021; 157(6): 325-331 Disponible: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=653
 46. Acosta G., Escobar G., Bernalola G. et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital nacional del Perú. Rev. Peru. Med. Exp. Salud publica 2020; 37 (2): 253-258 Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127140>
 47. Jiménez DL, Guevara Rodríguez AP. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el Hospital de Engativá de la Ciudad de Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55450>

Anexos

FICHA TÉCNICA DE RESUMEN DE HISTORIAS CLÍNICAS

HISTORIA CLÍNICA N°:

FECHA DEL PARTO: DIA: MES: AÑO

CARACTERÍSTICAS DE LA PACIENTE	VARIABLES	MARCAR CON X LA OPCIÓN CORRECTA O RELLENAR SEGÚN LA CARACTERÍSTICA DE LA PACIENTE
EDAD EN AÑOS		
INFECCION POR EL SARS-CoV-2	1. SI	
	2. NO	
PRUEBA RAPIDA IgG	1. Positiva	
	2. Negativa	
PRUEBA RAPIDA IgM	1. Positiva	
	2. Negativa	
PRUEBA RAPIDA IgG + IgM	1. Positiva	
	2. Negativa	
PRUEBA ANTIGENICA	1. Positiva	
	2. Negativa	
ESTADO CIVIL	1. Soltera	
	2. Casada	
	3. Viuda	
	4. Separada/Divorciada	
	5. Conviviente	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	1. Primaria	
	2. Secundaria	
	3. Superior	
	4. Sin estudio/Analfabeta	
TIPO DE SEGURO	1. SIS	
	2. Essalud	
	3. Otro seguro	
	4. No asegurada	
PROCEDENCIA	1. Zona Rural	
	2. Zona Urbana	
PARIDAD	1. Nulípara (1ra. Gestación)	
	2. Multipara (2 o más gestaciones)	
EDAD GESTACIONAL	1. Mayor o igual a 37 semanas	
	2. Menor a 37 semanas	
MULTIPLICIDAD DE LA GESTACIÓN	1. Embarazo Único	
	2. Embarazo Múltiple	
TRABAJO DE PARTO	1. Espontáneo	
	2. Inducido	
ANTECEDENTE DE CESÁREA	1. Sí	
	2. No	
NÚMERO DE CESÁREA	1. Primera	
	2. Segunda	
	3. Tercera	
	4. Cuarta	
TIPO DE INDICACIÓN DE LA CESÁREA	1. Materna Absoluta	
	2. Materna Relativa	
	3. Fetal Absoluta	

	4. Fetal Relativa		
	5. Ovular Absoluta		
	6. Ovular Relativa		
PRESENTACIÓN	1. Cefálica		
	2. Podálica/Pélvica		
	3. Transversa/Oblicua		
DATOS DEL RECIÉN NACIDO	1. Sexo		
	2. Peso en gramos (gr.)		
	3. Talla en centímetros (cm.)		
COMPLICACIONES DE LA CESÁREA EN LA MADRE	1. Infección		
	2. Hemorragia		
	3. Función intestinal disminuida		
	4. Complicación respiratoria		
	5. Hospitalización prolongada y periodo de recuperación largo		
	6. Reacciones derivadas de la anestesia		
	7. Cirugías adicionales		
	8. Producción de trombos		
COMPLICACIONES DE LA CESÁREA EN EL RECIÉN NACIDO	1. Nacimiento prematuro		
	2. Problemas respiratorios		
	3. Cuentas de Apgar Bajas		
	4. Daño fetal		
CLASIFICACIÓN DE LA CESAREADA SEGÚN LOS GRUPOS DE ROBSON	1. Grupo 1		
	2. Grupo 2	2a	
		2b	
	3. Grupo 3		
	4. Grupo 4	4a	
		4b	
	5. Grupo 5	5a	
		5b	
	6. Grupo 6		
	7. Grupo 7		
8. Grupo 8			
9. Grupo 9			
10. Grupo 10			

FICHA TÉCNICA DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	Tasa de Cesáreas Según la Clasificación de Robson Durante la Pandemia de la COVID-19 y sus Complicaciones	
OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Evaluar el nivel de cuidado humanizado en profesionales de la salud del Hospital Santa María del Socorro, 2024.	
DATA DE CREACIÓN	AUTOR/INSTITUCIÓN	Diana Liliana Jiménez Hernández, Andrea del Pilar Guevara Rodríguez
	LUGAR	Bogotá, Colombia
	AÑO	2015
ADAPTACIÓN	AUTOR/INSTITUCIÓN	Hospital Santa María del Socorro
	LUGAR	Ica, Perú
	AÑO	2024
DURACIÓN	10 a 15 minutos	
UNIDADES DE OBSERVACIÓN	Mujeres gestantes atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica durante el periodo de estudio, con foco en aquellas que experimentaron cesáreas.	
TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN	Revisión de historias clínicas y aplicación de la Clasificación de Robson adaptada a la situación del parto en pandemia, con registro de complicaciones y datos relacionados a la COVID-19	